

Effectiveness of Parent Training and Behavior Management on General Health of Mothers of Children with Autism

Helia Houshang¹, M.A., Mehrdad Hajihassani Ph.D.²,
Fariba Hasani, Ph.D.³

Received: 2016.04.03

Revised: 2016.06.13

Accepted: 2016.09.03

Abstract

Objective: The aim of this study was to evaluate the effectiveness of parent training and behavior management on general health of mothers of children with autism. **Method:** This study used a pre-post test semi-experimental design. The available sampling approach was adopted, were a group of 20 mothers of children with autism were recruited from the list of mothers who had registered to obtain services from the Psychiatry Institute of Tehran. They were randomly assigned into experimental and control groups (each group = 10 members). Ten sessions of Tong Group Training were implemented for one group and the control group received no similar intervention. To the collect data, the General Health Questionnaire of Goldberg and Hiller were used. **Results:** ANCOVA test was applied to analyze data. ANCOVA showed statistical significant difference in studied groups ($P > 0.05$). Parent training approach had a significant impact on mental health of mothers of children with autism. Similar impacts were also reported on symptoms of anxiety, depression and social. However, no significant effect on the components of somatic symptoms was seen. **Conclusion:** The findings of this study have important implications for psychotherapists. These findings were discussed.

Keywords: Parent training, General health, Autism

اثربخشی آموزش والدین و مدیریت رفتار بر سلامت عمومی مادران کودکان دارای اتیسم

هلیا هوشنگی^۱، دکتر مهرداد حاجی حسنی^۲،
دکتر فریبا حسنی^۳

تجدید نظر: ۱۳۹۵/۳/۲۴

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۱/۱۵

پذیرش نهایی: ۱۳۹۵/۶/۱۳

چکیده

هدف: پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی آموزش والدین و مداخله مدیریت رفتار بر سلامت عمومی مادران کودکان دارای اتیسم تحت درمان دارویی انجام شده است. **روش:** پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه پژوهش شامل مادران دارای فرزند اتیسم مراجعه‌کننده به مرکز درمانی انستیتو روان‌پزشکی شهر تهران بوده است که به روش نمونه‌گیری در دسترس، یک گروه ۲۰ نفری از مادران کودکان دارای اتیسم انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۰ نفر) جایگزین شدند. سپس مداخلات مبتنی بر الگوی تانگ در طی ۱۰ جلسه دوساعته در گروه آزمایش به اجرا درآمد، گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله مشابهی دریافت نکرد. جهت جمع‌آوری داده‌ها از پرسش‌نامه سلامت عمومی گلدبرگ و هیلر استفاده گردید. **یافته‌ها:** داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس تجزیه و تحلیل شدند. تحلیل کوواریانس نشان داد که آموزش گروهی تانگ بر مؤلفه‌های نشانه‌های اضطراب، افسردگی و کارکرد اجتماعی مؤثر بوده است ($P \leq 0.05$)، اما تأثیر معناداری بر مؤلفه نشانه‌های جسمانی نداشته است ($P > 0.05$). **نتیجه‌گیری:** یافته‌های پژوهش حاضر تلویحات مهمی برای روان‌درمانگران دارد. این یافته‌ها مورد بحث قرار گرفتند.

واژه‌های کلیدی: آموزش والدین، سلامت عمومی، اتیسم

1. **Corresponding author:** M.A. in Exceptional Children, Islamic Azad University, Central Tehran Branch (Email: mahoushang@gmail.com)

2. Assistant Professor, Department of Counseling, Shahrekord University

3. Assistant Professor, Department of Psychology and Education of Exceptional Children, Islamic Azad University, Central Tehran Branch

۱. نویسنده مسئول: کارشناسی ارشد گروه روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی.

دانشگاه علوم تحقیقات واحد تهران مرکزی

۲. استادیار گروه مشاوره دانشگاه شهرکرد

۳. استادیار گروه روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشگاه آزاد واحد تهران مرکزی

مقدمه

خانواده نظامی اجتماعی است که اختلال در هر یک از اعضای آن، کل نظام را مختل می‌کند و این نظام مختل شده به نوبه خود اختلالات مربوط به اعضا را تشدید و مشکلات جدیدی را ایجاد می‌کند. یکی از مواردی که بر نظام خانواده تأثیر می‌گذارد، معلولیت فرزندان است.

وجود کودک دارای اختلال در یک خانواده اغلب آسیب‌های جبران‌ناپذیری به خانواده وارد می‌کند و میزان آسیب‌پذیری خانواده در مقابل این ضایعه گاه به حدی است که وضعیت سلامت روانی خانواده دچار آسیب شدیدی می‌شود (نریمانی، آقامحمدیان و رجبی، ۱۳۸۶)؛ به طوری که به محض آگاهی والدین از معلولیت فرزند خود، تمام آرزوها و امیدها به یأس تبدیل می‌شود و مشکلات والدین شروع می‌گردد (پیسولا، ۲۰۰۲). این مشکلات می‌تواند شامل مواردی مانند هماهنگ کردن وظایف معمول خود با برنامه‌های درمانی کودک، سازگاری عاطفی با موقعیت متفاوت فرزند (پین^۱، ۱۹۹۹؛ به نقل از رئیس دانا، کمالی، طباطبایی و شفاوردی، ۱۳۸۸)؛ صرف زمان زیاد برای تعیین درمان، فراهم کردن مراقبت‌ها در خانه، پرداختن به مشکلات مدرسه و رسیدگی به مشکلات رفتاری کودکان کم‌توان باشد (بیکر، بلچر کرینس و ادلبروک، ۲۰۰۲). از جمله معلولیت‌ها و محدودیت‌های فرزندان که به نظر می‌رسد تأثیر زیادی بر نظام خانواده خصوصاً والدین برجای بگذارد می‌توان به اختلالات عصبی-رشدی اشاره کرد. اختلالات عصبی-رشدی مجموعه‌ای از بیماری‌ها هستند که در دوره رشد شروع می‌شوند. این اختلالات معمولاً در اوایل رشد و قبل از ورود کودک به دبستان آشکار و با نقایص رشدی مشخص می‌شوند و اختلالاتی در عملکرد شخصی، اجتماعی، تحصیلی و یا شغلی ایجاد می‌کنند. از جمله اختلالات عصبی رشدی می‌توان به اختلال طیف اتیسم^۲ اشاره کرد. اختلال طیف اتیسم با کمبودهای مداوم در ارتباط

اجتماعی، تعامل اجتماعی در موقعیت‌های متعدد از جمله کمبودهایی در عمل متقابل اجتماعی، رفتارهای ارتباطی غیرکلامی که برای تعامل اجتماعی به کار برده می‌شوند و مهارت‌هایی در زمینه برقرار کردن، حفظ کردن و درک کردن روابط مشخص می‌شود (راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، ۲۰۱۳). در ایران میزان شیوع اتیسم در سنین قبل از دبستان ۶/۲۶ در ۱۰۰۰۰ نفر برآورد شده است (صمدی، محمودی‌زاده و مک‌کانکی، ۲۰۱۱). این میزان در بررسی مجددی که انجام شده است ۹۵/۲ در ۱۰،۰۰۰ گزارش شده است (صمدی، مک‌کانکی، ۲۰۱۵). در سالیان اخیر، پژوهش‌های زیادی نشان داده‌اند که کودکان دارای ناتوانی‌های رشدی از قبیل اتیسم تأثیرات متنوعی بر خانواده‌ها دارند که از جمله آنها می‌توان به سلامت هیجانی ضعیف‌تر و استرس بیشتر والدین اشاره کرد (صمدی، مک‌کانکی و بانتینگ، ۲۰۱۴).

سلامتی، کیفیتی از زندگی است که تعریف آن مشکل و اندازه‌گیری واقعی آن تقریباً غیرممکن است. متخصصان تعاریف متعددی از این مفهوم ارائه داده‌اند هرچند تقریباً همه آنها موضوع مشترکی دارند و آن «مسئولیت در قبال خود و انتخاب سبک زندگی سالم» است (باباپورخیرالدین، رسول‌زاده طباطبایی، اژه‌ای و فتحی آشتیانی، ۱۳۸۲). برخی از مؤلفان مفهوم سلامتی را مترادف با کیفیت زندگی^۳ آورده‌اند. به نظر این مؤلفان کیفیت زندگی در برگیرنده مجموعه شرایطی است که افراد در زندگی خود دارند. برای این مفهوم - کیفیت زندگی - دو معنی در نظر گرفته شده است: الف) وجود شرایط لازم برای یک زندگی خوب، ب) تمرین برای خوب زندگی کردن. این دو معنی ممکن است با هم تلاقی داشته باشند یا با همدیگر توافق نداشته و در یک مسیر نباشند. لذا فرد می‌تواند غنی، نیرومند و مشهور اما پریشان، آزرده‌خاطر و مأیوس باشد یا برعکس فردی که فقیر، ضعیف و منزوی است ممکن است از نظر روانی و

کودکان با اختلال‌های روان‌شناختی دیگر در معرض فشارهای روانی ناشی از داشتن کودک ناتوان قرار دارند (پیون، ۱۹۹۲؛ کوهن و کارتر، ۲۰۰۶). این فشارها می‌تواند برخاسته از مشکلات ناسازگاری و رفتارهای ضداجتماعی، خودآسیب‌رسانی، حرکات کلیشه‌ای و یا فشارهای روانی ناشی از دشواری در برقراری ارتباط اجتماعی و نیز مشکلات مربوط به حضور در اماکن عمومی با شرایط خاص جسمانی کودک و یا هزینه‌های زیاد خدمات آموزشی و درمانی باشد (انجمن اتیسم آمریکا^۵، ۲۰۰۳، به نقل از دوگان، ۲۰۰۳). پژوهش‌های دیگر بیانگر این است که مادران کودکان دارای اتیسم در مقایسه با پدران این کودکان استرس‌ها و بحران‌های بیشتری را تجربه می‌کنند و از این‌رو به حمایت بیشتری نیاز دارند (انگل، چندران و پنچ، ۲۰۰۵). اوگستون، پل، مکینتاش، ویرجینا، مایرز و باربارا (۲۰۱۱) در پژوهش خود نشان دادند که مادران کودکان مبتلا به اتیسم نسبت به مادرانی که کودکان دارای نشانگان داون^۶ داشتند، امید پایین‌تر و نگرانی مربوط به آینده بیشتری را گزارش کرده‌اند. سینگر (۲۰۰۶)، به نقل از صمدی و همکاران، (۲۰۱۴) نشان دادند که مادران کودکان دارای اتیسم نسبت به سایر مادران به میزان افسردگی بیشتری مبتلا هستند.

آموزش والدین همواره جزء مهمی در مداخلات مربوط به کودکان دارای اتیسم بوده است (هریس، ۱۹۹۴). اوزبرن، مک‌هاگ، ساندرز و رید (۲۰۰۸) دریافته‌اند که برنامه‌های مداخلات زود هنگام، به‌ویژه آن‌هایی که نیازمند زمان طولانی هستند، در صورت بالا بودن سطح استرس والدین اثربخشی کمتری خواهند داشت. با وجود این، آموزش والدین برای انجام مداخلات منجر به کاهش احساس افسردگی، استرس و افزایش احساس توانمندی در آن‌ها خواهد شد (بروکمن-فرازی، ۲۰۰۴). همچنین برنامه‌های آموزش والدین می‌تواند منجر به کاهش استرس و افزایش اعتماد به نفس آنان شود (ساندرز و وولی،

جسمانی شاداب و کامیاب باشد. در این دیدگاه، نقش ادراک فرد از موقعیت‌ها و تفسیرهای ذهنی وی کاملاً نمایان است (وینهاون، ۱۹۹۷).

در جریان تشخیص اختلال اتیسم، فشارهای روانی فزاینده‌ای بر والدین وارد می‌شود که می‌تواند به واکنش‌هایی مانند ضربه روانی، ناامیدی، خشم و افسردگی و ... منجر گردد. برای بیشتر خانواده‌ها این تشخیص تکان‌دهنده و غیرمنتظره است؛ به طوری که برخی والدین با رد تشخیص و انجام آزمایش‌ها و بررسی‌های دیگر، وجود اختلال در کودک خود را انکار می‌کنند. مطالعات انجام شده حاکی از آن است که اثرات منفی داشتن کودک کم‌توان یا ناتوان موجب ایجاد تنش و فشار در اعضای خانواده خصوصاً مادر می‌شود (روچ و اورسمند^۴، ۱۹۹۹؛ به نقل از تاجری و بحیرایی، ۱۳۸۷)؛ چرا که مادر اولین شخصی است که به‌طور مستقیم با کودک ارتباط برقرار می‌کند. احساساتی مثل گناه و تقصیر و ناکامی و محرومیت ناشی از عادی نبودن کودک می‌تواند سبب گوشه‌گیری مادر و عدم علاقه به برقراری رابطه با محیط و همچنین پایین آمدن عزت نفس و احساس خودکم‌بینی و بی‌ارزشی و غم و اندوه در مادر شود که پیامد آن عزت نفس پایین، بروز افسردگی و به خطر افتادن سلامت روانی مادر است (نریمانی، آقامحمدیان و رجبی، ۱۳۸۶). وجود کودک ناتوان، سازش‌یافتگی و سلامت جسمی و روانی مادر را تهدید می‌کند و غالباً بر وی تأثیر منفی می‌گذارد (سالوویتا، ۲۰۰۳؛ گوپتا و سینگل، ۲۰۰۴). صمدی، مک‌کانکی و بانتیگ (۲۰۱۴) در پژوهشی با هدف بهزیستی روانی والدین در خانواده‌های دارای کودکان با ناتوانی‌های رشدی به این نتیجه رسیدند که عملکرد خانواده در خانواده‌هایی که کودکان دارای اختلال اتیسم هستند، ضعیف‌تر بود و مادران و پدران سطح بالایی از استرس را گزارش دادند.

پژوهش‌ها همچنین نشان می‌دهند که مادران کودکان با اختلال‌های طیف اتیسم بیش از مادران

۲۰۰۵). مک‌کانکی و صمدی (۲۰۱۳) در یک پژوهش طولی نشان دادند که حمایت متقابل والدین کودکان دارای اختلال اتیسم در بهبود عملکرد خانواده مؤثر است.

علاوه بر این رویکردهای درمانی، امروزه از رویکردهایی نوین‌تری نیز برای افزایش سلامت عمومی مادران کودکان دارای اتیسم استفاده می‌شود از جمله این رویکردها می‌توان به آموزش والدین و مدیریت رفتار ارائه شده توسط تانگ اشاره کرد که به برنامه آموزش والدین و مدیریت رفتار (پی‌ای‌بی‌ام) معروف است.

در برنامه آموزش والدین و مدیریت رفتار، والدین آموزش‌هایی را بر مبنای مدل آموزش و مهارت‌های مدیریت رفتار دریافت می‌کنند (برتون و تانگ، ۲۰۰۵). در این برنامه‌ها، از تکنیک‌های شناختی و رفتاری به‌وفور استفاده می‌گردد و جلسات درمان شامل آموزش در مورد اتیسم، ویژگی‌های ارتباطی، بازی و رفتارهای ناکارآمد؛ اصول مدیریت رفتار و تغییر؛ آموزش مهارت‌های جدید، بهبود تعاملات اجتماعی و ارتباطی، مدیریت استرس، مشکلات مربوط به سلامت روان و پاسخ جامعه به اتیسم است (تانگ و همکاران، ۲۰۰۶). تانگ و همکاران (۲۰۰۶) در پژوهشی روی والدین کودکان پنج تا پنج و نیم سال که در مورد آن‌ها تشخیص اتیسم داده شده بود مداخله بیست هفته‌ای در زمینه آموزش والدین و مدیریت رفتار را مورد بررسی قرار دادند. نتایج پژوهش نشان داد والدین شرکت‌کننده در این برنامه نسبت به گروه کنترل افزایش بیشتری در بهبود سلامت عمومی را تجربه کرده‌اند.

با توجه به اینکه مادران دارای کودکان اتیسم از جمله افرادی هستند که به‌واسطه اختلال فرزندانشان متحمل رنجش فراوانی می‌شوند از این‌رو شناسایی ویژگی‌ها و نیازمندی‌های آنان از اهمیت بسزایی برخوردار است. لذا پژوهش حاضر، اثربخش بودن روش آموزش گروهی به شیوه برنامه آموزش والدین و

مدیریت رفتار را در جمعیت مادران کودکان دارای اتیسم مورد پژوهش قرار می‌دهد و در پی پاسخگویی به این مسئله است که آیا مداخله آموزش گروهی به شیوه برنامه آموزش والدین و مدیریت رفتار بر سلامت عمومی مادران کودکان دارای اتیسم تحت درمان دارویی مؤثر است؟

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل مادران کودکان دارای اتیسم مراجعه‌کننده به مرکز درمانی انستیتو روان‌پزشکی در شهر تهران بوده است. حجم نمونه ۲۰ نفر بوده است که به روش در دسترس از بین مراجعه‌کنندگان به مرکز درمانی فوق‌انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند (تعداد اعضای هر گروه ۱۰ نفر بود).

ابزار

پرسش‌نامه سلامت عمومی

پرسش‌نامه سلامت عمومی ۲۸ سؤالی توسط گلدبرگ و هیلر^۱ (۱۹۷۹) ارائه شده است. پرسش‌نامه سلامت عمومی یک «پرسش‌نامه سرنندی» به روش خودسنجی است که در مجموعه‌های بالینی با هدف ردیابی کسانی که دارای اختلال روانی هستند مورد استفاده قرار می‌گیرد (گلدبرگ و هیلر، ۱۹۷۲ به نقل از حسین‌زاده و مهدوی، ۱۳۸۶، به نقل از طاهری، ۱۳۸۴) در این پرسش‌نامه به دو طبقه اصلی از پدیده‌ها توجه می‌شود: ناتوانی فرد در برخورداری از یک کنش‌وری «سالم» و بروز پدیده‌های جدید با ماهیت معلول‌کننده. در حال حاضر، این نکته آشکار شده است که پاره‌ای از سطوح نشانه‌های مرضی را می‌توان به‌وسیله مصاحبه‌های استاندارد شده روان‌پزشکی تشخیص داد ولی پایین‌تر از سطح معینی، احتمال قرار گرفتن اختلال در سطح زیرآستانه‌ای و عدم تشخیص آن وجود دارد (استورا،

آموزش والدین و مدیریت رفتار مداخلات لازم انجام شد. گروه کنترل هیچ مداخله مشابهی دریافت نمی‌کرد. پس از پایان آزمایش از هر دو گروه (۱ هفته بعد از اتمام مداخلات) پس‌آزمون به عمل آمد تا اثربخشی و مقایسه گروه‌ها مورد اندازه‌گیری قرار گیرد.

نحوه اجرا

بعد از انتخاب گروه نمونه و جایگزین نمودن آنها در گروه کنترل و آزمایش جلسات آموزشی شروع شد. این جلسات توسط خانمی با تحصیلات کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی که حدوداً ۸ سال سابقه فعالیت در زمینه اטיسم داشت، برگزار گردید. شیوه ارائه اطلاعات بیشتر به صورت مشارکتی بوده است. در این جلسات که به صورت گروهی برگزار می‌شد رؤس و محتوای اصلی جلسه توسط رهبر گروه که همان پژوهشگر (نفر اول در پژوهش حاضر) بوده است ارائه می‌شد و سپس سعی بر آن بود که اعضا نیز در بحث مربوط به جلسات مشارکت فعال داشته باشند. در این جلسات از فنون ایفای نقش به‌وفور استفاده می‌شد و اسلایدهایی آموزشی نیز در جلسات نمایش داده می‌شد. شرح مختصر جلسات درمان در جدول ۱ توضیح داده شده است.

۱۹۹۱). نسخه‌های مختلف این پرسش‌نامه تاکنون حداقل به ۳۶ زبان مختلف دنیا ترجمه شده و مورد استفاده قرار گرفته است. در ایران نیز فرم‌های ۱۲، ۲۸ ماده‌ای آن پس از تغییر گزینه‌ها روی گروه‌هایی از بزرگسالان، کارمندان دولتی، دانشجویان و دانش‌آموزان راهنمایی و دبیرستان اجرا شده است (حسین‌زاده و مهدوی، ۱۳۸۶ به نقل از طاهری، ۱۳۸۴). در پژوهش حاضر از فرم ۲۸ سؤالی پرسش‌نامه سلامت عمومی ارائه شده توسط گلدفرید و هیلر (۱۹۷۹) استفاده گردید. پرسش‌نامه مذکور دارای چهار مقیاس است که هر مقیاس ۷ سؤال دارد.

روش اجرا

بعد از انتخاب ۲۰ نفر از مادران کودکان اטיسم و جایگزینی آنان به صورت تصادفی در دو گروه (۱۰ نفر گروه آزمایش و ۱۰ نفر گروه کنترل)، از همه شرکت‌کنندگان پیش‌آزمون به عمل آمد. سپس گروه آزمایش به مدت ۱۰ جلسه در جلسات آموزش گروهی به شیوه برنامه آموزش والدین و مدیریت رفتار حضور یافت. این گروه هفته‌ای ۱ جلسه به مدت ۹۰ دقیقه در جلسات آموزشی شرکت می‌کرد. به‌طور کلی روند آموزش ۱۰ هفته به طول انجامید. در این جلسات بر اساس برنامه آموزشی به شیوه برنامه

جدول ۱. شرح مختصر جلسات درمان

جلسات	عنوان کلی جلسه	جنبه‌های آموزشی
اول	طرح کلی- اهداف و برنامه	اهداف، قوانین گروه و تعریف اטיسم
دوم	مسائل والدین پس از تشخیص	واکنش تشخیصی استرس و کنار آمدن
سوم	شناخت و مدیریت رفتار مشکل‌ساز	مدیریت رفتار چیست؟ چگونه آغاز کنیم
چهارم	چگونه با دستکاری پیامدها رفتار نامناسب را تغییر دهیم	تشویق رفتار، خاموش‌سازی و تنبیه
پنجم	چگونه رفتار جدید را تقویت کنیم	رهنمود دادن، شکل‌دهی، زنجیره‌سازی
ششم	مشکلات ارتباطی در کودکان دارای اטיسم	چگونه این مشکلات زبانی رفتار کودکان دارای کلام را تحت تأثیر قرار می‌دهد؟
هفتم	مشکلات ارتباطی در کودکان فاقد کلام	چگونه این مشکلات زبانی رفتار کودکان فاقد کلام را تحت تأثیر قرار می‌دهد؟
هشتم	نارسایی اجتماعی در اטיسم	بهبود ارتباط غیرکلامی با استفاده از سیستم‌های مکمل چگونه ارتباط را تقویت کنیم
نهم	چگونگی بازی و کار با یکدیگر	رویکردهای درمانی برای کودکان کم‌سن رویکردهای درمانی برای کودکان بزرگ‌تر و نوجوانان اهمیت بازی
دهم	نقد و بررسی جلسات گذشته.	چگونه توجه کودک خود را جلب کنید افزایش تماس چشمی، توجه و ادامه یک تکلیف، به خاطر آوردن ... از راه بازخوردها و نتیجه‌گیری ارائه آموزش جهت انتقال موثرتر به محیط واقعی

و در سطح آمار استنباطی از تحلیل کوواریانس تک‌متغیره استفاده شد.

روش تجزیه و تحلیل داده‌ها

در سطح آمار توصیفی از میانگین و انحراف استاندارد

یافته‌ها

کنترل و نیز کل افراد نمونه در جدول ۲ ارائه شده است.

اطلاعات توصیفی مؤلفه‌های سلامت عمومی به تفکیک پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه آزمایش و

جدول ۲. اطلاعات توصیفی مؤلفه‌های سلامت عمومی به تفکیک مرحله سنجش در گروه‌ها

متغیر	گروه	مرحله سنجش	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد
نشانه‌های جسمانی	آزمایش	پیش‌آزمون	۱۰	۷/۵۰	۵/۰۸
		پس‌آزمون	۱۰	۷/۶۰	۵/۱۶
	کنترل	پیش‌آزمون	۱۰	۷/۸۰	۴/۹۳
		پس‌آزمون	۱۰	۱۴/۰۰	۱۸/۸۷
اضطراب	آزمایش	پیش‌آزمون	۱۰	۸/۲۰	۳/۶۷
		پس‌آزمون	۱۰	۴/۹۰	۴/۲۸
	کنترل	پیش‌آزمون	۱۰	۵/۷۰	۳/۳۰
		پس‌آزمون	۱۰	۹/۰۰	۵/۰۴
کارکرد اجتماعی	آزمایش	پیش‌آزمون	۱۰	۱۲/۸۰	۲/۷۴
		پس‌آزمون	۱۰	۵/۰۰	۲/۵۸
	کنترل	پیش‌آزمون	۱۰	۱۱/۶۰	۲/۰۱
		پس‌آزمون	۱۰	۸/۷۰	۲/۷۱
نشانه‌های افسردگی	آزمایش	پیش‌آزمون	۱۰	۴/۶۰	۵/۱۲
		پس‌آزمون	۱۰	۲/۰۰	۲/۵۳
	کنترل	پیش‌آزمون	۱۰	۴/۷۰	۴/۳۲
		پس‌آزمون	۱۰	۵/۱۰	۳/۰۳

گرفته است و فرضیه‌ها مطابق با موضوع تحقیق طراحی شده است که برای سنجش آنها از آزمون آماری تحلیل کوواریانس تک‌متغیره استفاده شده و در تمام مراحل تحقیق از نرم‌افزار آماری SPSS کمک گرفته شده است.

در به‌کارگیری روش‌های آماری پارامتریک، ابتدا باید مفروضات آزمون مورد تأیید قرار گیرند تا بتوان از آزمون مورد نظر استفاده کرد؛ بنابراین ابتدا مفروضات آزمون‌های پارامتریک نرمال بودن توزیع متغیر وابسته، همگنی واریانس‌ها، همگنی ماتریس واریانس کوواریانس و همگنی شیب‌های رگرسیون در گروه‌های مختلف مورد بررسی قرار گرفت. بررسی مفروضه‌ها نشان داد که پیش‌فرض‌های همگنی واریانس‌ها، همگنی شیب رگرسیون، نرمال بودن متغیر وابسته، استقلال مشاهدات برقرار بوده است، لذا

با توجه به نتایج جدول ۲ میانگین گروه آزمایش در پس‌آزمون مؤلفه‌های اضطراب، کارکرد اجتماعی و نشانه‌های افسردگی نسبت به پیش‌آزمون کاهش پیدا کرده است، اما در مؤلفه نشانه‌های جسمانی میانگین پس‌آزمون مقدار کمی افزایش داشته است در حالی که میانگین گروه کنترل در پس‌آزمون مؤلفه‌های نشانه‌های جسمانی، اضطراب و نشانه‌های جسمانی نسبت به پیش‌آزمون افزایش داشته و فقط در مؤلفه کارکرد اجتماعی، میانگین پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون کاهش داشته است.

تحلیل آماری فرضیه‌ها

آمار استنباطی بخش اصلی تحلیل آماری را دربر می‌گیرد، در این پژوهش، برنامه آموزش والدین و مدیریت رفتار بر سلامت عمومی در مادران کودکان دارای اتیسم تحت درمان دارویی مورد بررسی قرار

می‌توان از آزمون تحلیل کوواریانس برای تحلیل یافته‌های پژوهش استفاده کرد. تنها پیش‌فرضی که برقرار نبوده فرض همگنی ماتریس واریانس-کوواریانس بوده است. لذا به این دلیل نمی‌توان از

آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره برای تحلیل داده‌ها استفاده کرد و بجای آن از آزمون تحلیل کوواریانس تک‌متغیره استفاده شده است.

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس برای متغیر نشانه‌های جسمانی

منابع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	P	اندازه اثر
پیش‌آزمون	۴۶۱/۹۵	۱	۴۶۱/۹۵	۲/۶۳	۰/۱۲	۰/۱۳
بین گروه‌ها	۱۸۵/۶۶	۱	۱۸۵/۶۶	۱/۰۵	۰/۳۱	۰/۰۵
درون گروه‌ها	۲۹۸۶/۴۴	۱۷	۱۷۵/۶۷			
کل	۵۹۸۶/۰۰	۲۰				

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که بعد از تعدیل نمرات پیش‌آزمون، تفاوت معناداری بین گروه‌ها وجود ندارد. یعنی آموزش گروهی بر میزان نشانه‌های جسمانی مؤثر نبوده است. ($F:05/1, p > 0/05$).

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس برای متغیر اضطراب

منابع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	P	اندازه اثر
پیش‌آزمون	۵/۰۱	۱	۵/۰۱	۰/۲۷	۰/۶۰	۰/۰۱
بین گروه‌ها	۸۷/۷۶	۱	۸۷/۷۶	۴/۸۴	۰/۰۴	۰/۲۲
درون گروه‌ها	۳۰۷/۸۸	۱۷	۱۸/۱۱			
کل	۱۳۶۳/۰۰	۲۰				

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که بعد از تعدیل نمرات پیش‌آزمون، تفاوت معناداری بین گروه‌ها در متغیر اضطراب وجود دارد یعنی آزمایش تأثیرگذار بوده است. ($F:84/4, p \leq 0/05$).

جدول ۵. نتایج تحلیل کوواریانس برای متغیر کارکرد اجتماعی

منابع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	P	اندازه اثر
پیش‌آزمون	۰/۳۰	۱	۰/۳۰	۰/۰۳	۰/۸۴	۰/۰۰۲
بین گروه‌ها	۵۲/۰۲	۱	۵۲/۰۲	۶/۶۰	۰/۰۲	۰/۲۸
درون گروه‌ها	۱۳۳/۸۹	۱۷	۷/۸۷			
کل	۱۱۷۲/۰۰	۲۰				

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد که بعد از تعدیل نمرات پیش‌آزمون، تفاوت معناداری بین گروه‌ها در متغیر کارکرد اجتماعی وجود دارد یعنی آزمایش تأثیرگذار بوده است. ($F:60/6, p \leq 0/05$).

جدول ۶. نتایج تحلیل کوواریانس برای متغیر نشانه‌های افسردگی

منابع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	P	اندازه اثر
پیش‌آزمون	۱۵/۱۵	۱	۱۵/۱۵	۲/۰۴	۰/۱۷	۰/۱۰
بین گروه‌ها	۴۷/۴۴	۱	۴۷/۴۴	۶/۴۱	۰/۰۲	۰/۲۷
درون گروه‌ها	۱۲۵/۷۴	۱۷	۷/۳۹			
کل	۴۴۱/۰۰	۲۰				

خانواده بهبودهای را گزارش می‌دادند که این تفاوت‌ها نسبت به گروه کنترل معنادار بود.

از سایر پژوهش‌های همخوان با پژوهش حاضر می‌توان به نتایج پژوهش هریس (۱۹۹۴) اشاره کرد. هریس (۱۹۹۴) در پژوهش خود نشان داد که آموزش‌های مدیریت رفتار در والدین با کودکان اتیسم در بهبود سلامت عمومی والدین تأثیر مثبت دارد. هر چند در پژوهش هریس (۱۹۹۴) از آموزش‌ها و برنامه آموزش والدین و مدیریت رفتار استفاده نشد، اما به دلیل وجود مبانی مشترک در برنامه آموزش والدین و مدیریت رفتار و سایر برنامه‌های آموزشی مبتنی بر اصول رفتاری و شناختی می‌توان نتایج پژوهش حاضر را نیز با نتایج پژوهش هریس (۱۹۹۴) تا حدی همخوان دانست. از سایر پژوهش‌هایی که در خارج کشور انجام شده است و نتایج آن را می‌توان تا حدودی با یافته‌های پژوهش حاضر همخوان دانست می‌توان به نتایج پژوهش‌های شیلدس (۲۰۰۱) و بارلو (۱۹۹۷) اشاره کرد.

در تبیین نتایج پژوهش حاضر شاید بتوان گفت با توجه به اینکه برنامه آموزش والدین و مدیریت رفتار بر اصول مداخلات زودهنگام و روش‌های شناختی-رفتاری مبتنی است و تمرکز اصلی آن، آموزش والدین درباره درخودماندگی و بهبود مهارت‌های والدینی در زمینه مدیریت رفتاری است (برتون و تانگ، ۲۰۰۵) و از آنجا که پژوهش‌ها نشان داده‌اند که اغلب مادران کودکان اتیسم، تحت تأثیر بیماری فرزندشان در بسیاری از پارامترهای سلامت روانی دچار اختلال می‌شوند که اغلب جنبه‌های شناختی نیرومندی دارند، لذا می‌توان انتظار داشت شرکت کنندگان در

نتایج جدول ۶ نشان می‌دهد که بعد از تعدیل نمرات پیش‌آزمون، تفاوت معناداری بین گروه‌ها در متغیر نشانه‌های افسردگی وجود دارد یعنی آزمایش تأثیرگذار بوده است ($F: 41/6, p < 0/05$).

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج حاصل از آزمون تحلیل کوواریانس نشان داد که آموزش گروهی به شیوه برنامه آموزش والدین و مدیریت رفتار بر مؤلفه‌های سلامت عمومی تأثیر معناداری داشته است. بیشتر پژوهش‌ها در ایران بر مقایسه ویژگی‌های روان‌شناختی مادران فرزندان دارای اتیسم با مادران فرزندان عادی متمرکز بوده‌اند (برای مثال، برجیس، حکیم جواد، طاهر، لواسانی و خانزاده، ۱۳۹۲؛ رجبی، پوشنه و غباری بناب، ۱۳۸۸). نتایج پژوهش حاضر با نتایج پژوهش‌های انجام شده در خارج از کشور همخوانی بیشتری دارد. از جمله این پژوهش‌ها می‌توان به پژوهش تانگ و همکاران (۲۰۰۶) اشاره کرد. تانگ و همکاران (۲۰۰۶) در پژوهشی روی والدین کودکانی دو و نیم تا پنج سالی که تشخیص اتیسم در مورد آنها داده شده بود مداخله ۲۰ هفته‌ای را در زمینه آموزش والدین و مدیریت رفتار مورد بررسی قرار دادند. نتایج پژوهش نشان داد والدین شرکت‌کننده در این برنامه نسبت به گروه کنترل افزایش بیشتری در بهبود سلامت عمومی را تجربه کرده‌اند. نتایج پژوهش تانگ و همکاران (۲۰۰۶) همچنین نشان داد که شرکت‌کنندگان در گروه آزمایش در مؤلفه‌های سلامت عمومی از قبیل اضطراب، بی‌خوابی، نشانه‌های جسمانی و بدکارکردی

تغییرات اساسی ایجاد نمود. پس هدف کلی برنامه‌های «مداخلات درمانی توسط والدین» آموزش مهارت‌های مختلف والدگری به والدینی است که یک فرزند با نیازهای ویژه دارند (مرکز ساماندهی درمان و توانبخشی اختلالات اتیستیک، ۱۳۹۳) بنابراین، از آنجا که در آموزش‌های برنامه آموزش والدین و مدیریت رفتار، تأکید ویژه‌ای بر نقش والدین و آموزش مهارت‌های لازم به آنها می‌شود، انتظار داریم که والدین شرکت‌کننده در جلسات آموزشی برنامه آموزش والدین و مدیریت رفتار، با انتقال یادگیری‌ها و آموزش‌ها در محیط خانواده، جو سالم‌تری را ایجاد نمایند و با ایجاد این جو سالم که فراوانی حمایت‌های سایر اعضای خانواده را به همراه خواهد داشت، در شاخص‌های مختلف سلامت عمومی از بهبودی بیشتری برخوردار باشند.

یکی از یافته‌های دیگر پژوهش حاضر این بود که آموزش‌های برنامه آموزش والدین و مدیریت رفتار بر مؤلفه سلامت جسمانی شرکت‌کنندگان در جلسات، تأثیر معناداری نداشته است. این یافته با یافته‌های تانگ و همکاران (۲۰۰۶) ناهمخوان است. در تبیین تضاد بین یافته‌های ایشان و یافته اخیر پژوهش حاضر شاید بتوان تفاوت را در نوع نمونه در دو پژوهش دانست. در پژوهش تانگ میانگین سنی شرکت‌کنندگان در پژوهش حدوداً ۳۵ سال بوده در حالی که میانگین سنی شرکت‌کنندگان در پژوهش حاضر حدود ۴۲ سال بوده است، لذا شاید به دلیل جوان‌تر بودن نمونه در پژوهش تانگ، این یافته تا حدی قابل توجیه باشد. زیرا سن عامل مهمی در سلامت جسمانی است و معمولاً افراد جوان‌تر فعالیت‌های بدنی بیشتری دارند که این امر می‌تواند بر سلامت جسمانی آنان تأثیر مثبتی داشته باشد.

به‌طور کلی درمان‌های شناختی تأثیرات جسمانی کمتر و اثربخشی روانی- شناختی بیشتری دارند. همچنین به نظر می‌رسد این درمان بعد شناختی قوی‌تری نسبت به بعد رفتاری داشته باشد، لذا

گروه‌های تحت آموزش برنامه آموزش والدین و مدیریت رفتار، در مؤلفه‌هایی که پارامترهای شناختی نیرومندی دارند (از قبیل افسردگی، اضطراب و کارکرد اجتماعی) بهبودی بیشتری را تجربه نمایند. بک^۹ (به نقل از خمینز، نیل و پارک، ۲۰۱۰) معتقد است عقاید منفی درباره خود عامل مهمی در اختلال‌های روان‌شناختی و حتی جسمانی است. از طرفی تغییر در هر کدام از بخش‌های مختلف عملکرد سیستم‌های شناختی از قبیل حافظه، توجه و هوشیاری موجب تغییر خلق می‌شود. بنابراین، نمی‌توان نقش تنظیم هیجان شناختی را در سازگاری افراد با وقایع استرس‌زای زندگی نادیده گرفت (گارفسکی و کرای، ۲۰۰۶). در رویکردهای نوین نیز نقض در سلامت عمومی تا حدی به نقص در کنترل‌های شناختی نسبت داده می‌شود، به‌طوری که ناتوانی در کنترل هیجان منفی ناشی از افکار و باورهای منفی درباره نگرانی و استفاده از شیوه‌های ناکارآمد مقابله‌ای است.

در تبیین یافته‌های پژوهش حاضر شاید بتوان این نکته را نیز گفت که از آنجا که در جلسات آموزشی برنامه آموزش والدین و مدیریت رفتار بر مواردی از قبیل آموزش درباره اتیسم؛ ویژگی‌های ارتباطی، اجتماعی، بازی و آسیب‌های رفتاری؛ اصول مدیریت رفتاری؛ آموزش مهارت‌های جدید؛ بهبود تعامل اجتماعی و ارتباطی؛ دسترسی خدمات؛ مدیریت استرس والدینی و مشکلات سلامت روان آنها؛ و پاسخ‌های اجتماع و خانواده به اتیسم تأکید می‌شود (تانگ و همکاران، ۲۰۰۶)، لذا با توجه به این اصول که تأکید ویژه‌ای بر تعاملات اجتماعی و نیز مدیریت رفتاری دارند، می‌توان انتظار داشت شرکت‌کنندگان به نسبت افرادی که چنین آموزش‌هایی را تجربه نمی‌کنند از سلامت عمومی بالاتری برخوردار باشند. اعتقاد بر این است که والدین می‌توانند به‌عنوان یک عامل درمان (نه فقط درمانگر) مطرح شوند. زیرا با تغییر روابط والد-کودک می‌توان در نشانه‌های بیماری

رجبی دماوندی، گ.، پوشنه، ک.، و غباری بناب، ب. (۱۳۸۸). رابطه ویژگی‌های شخصیتی و راهبردهای مقابله‌ای در والدین کودکان با اختلال‌های گسترده اتیسم. پژوهش در حیطه کودکان استثنایی، ۹(۲)، ۱۳۳-۱۴۴.

رئیس دانا، م.، کمالی، م.، طباطبایی، س.، و شفارودی، ن. (۱۳۸۸). سفری همراه با والدین کودکان ناتوان از تشخیص تا تطابق. مقاله پژوهشی توانبخشی، ۱۰(۱)، ۳۷-۴۱.

نریمانی، م.، آقامحمدیان، ح.، و رجبی، س. (۱۳۸۶). مقایسه سلامت روانی مادران کودکان استثنایی با سلامت روانی مادران کودکان عادی، فصل‌نامه اصول بهداشت روانی، ۳۳(۳۴)، ۱۵-۲۴.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.

Baker, L., Blacher, C.K., & Edelbrock, C. (2002). Behavior problems and parenting stress in families of there -years- old children with and without development delays. *American Journal on mental Retardation*, 107, 433-444.

Barlow, J. (1997). *Systematic review of the effectiveness of parent education programs in improving the behavior of 3-7 year old children*. Oxford: Health Services Research Unit.

Brereton A.V., & Tongue B.J. (2005). *Preschoolers with autism: A parent education and skills training programme* (1st ed.). London: Jessica Kingsley.

Brookman-Frazer, L. (2004). Using parent/clinician partnerships in parent education programs for children with autism. *Journal of Positive Behavior Interventions*, 6, 195-213.

Dugan, C. (2003). *Autism, coping with Autism – support for families*. <http://www.autismwebsite.com/>.

Garnefski, N., & Kraaij, V. (2006). Cognitive emotion regulation questionnaire–development of a short 18-item version (CERQ-short). *Personality and Individual Differences*, 41(6), 1045-1053.

Gray, K., & Tonge, B. (2001). Are there early features of Autism in infants and preschool children? *Journal pediatrics Child health*, 37(3), 221-226.

Gupta, A., & Singhl, N. (2004). Positive Perceptions in Parents of children with disability. *Rehabilitation Journal*, 15(1), 22-34.

Harris S. (1994). *Treatment of family problems*. New York: Plenum Press.

Jimenez, S.S., Niles, B.L., & Park, C.L. (2010). A mindfulness model of affect regulation and depressive symptoms: Positive emotions, mood regulation expectancies, and self-acceptance as regulatory mechanisms. *Personality and individual differences*, 49(6), 645-650.

طبیعی است که بیشترین اثربخشی در ابعاد شناختی نمونه آماری رخ دهد. همچنین، در تبیین یافته اخیر می‌توان چنین گفت از آنجا که آموزش‌های برنامه آموزش والدین و مدیریت رفتار بیشتر بر شناخت تأکید دارند، در عین حال بعضی از موضوعات والدین می‌تواند نشانه‌ای از فاکتورها و سایر موضوعات سلامت باشد که الزاماً با این درمان کاهش یا بهبود نمی‌یابد. نمونه پژوهش حاضر مادران مراجعه‌کننده به یک مرکز درمانی در شهر تهران (آن هم به صورت در دسترس) بوده است، لذا در تعمیم نتایج بهتر است با احتیاط بیشتری عمل کرد.

تشکر و قدردانی

از تمامی شرکت‌کنندگان در پژوهش و نیز مسئولان محترم انستیتوی روان پزشکی شهر تهران که امکان اجرای پژوهش را فراهم نمودند، صمیمانه تشکر و قدردانی می‌نمایم.

پی‌نوشت‌ها

1. Pinn
2. Autism
3. Quality of life
4. Rouch and Orsmand
5. Autism Society of America
6. Down Syndrome
7. Parent Education and Behavior Management (PEBM)
8. Goldberg and Hiller
9. Beck

منابع

استورا، ل. (۱۹۹۱). *تنیدگی یا استرس، بیماری جدید تمدن*. (ترجمه پریخ دادستان، ۱۳۷۷). تهران: انتشارات رشد.

باباخورخیرالدین، ج.، رسول‌زاده طباطبایی، س.، اژه‌ای، ج.، و فتحی آشتیانی، ع. (۱۳۸۲). بررسی رابطه بین شیوه‌های حل مسئله و سلامت روان شناختی دانشجویان. *مجله بهداشت روانی*، ۷(۱)، ۳-۱۶.

برجیس، م.، حکیم جوادی، م.، طاهر، م.، غلامعلی لواسانی، م.، و حسین خانزاده، ع. (۱۳۹۲). مقایسه میزان نگرانی، امید و معنای زندگی در مادران کودکان دارای اتیسم، ناشنوایی و ناتوانی یادگیری. *مجله ناتوانی‌هایی یادگیری*، ۳(۱)، ۶-۲۷.

تاجری، ب. و بحیرایی، ا. (۱۳۸۷). بررسی رابطه استرس، نگرش مذهبی و آگاهی با پذیرش کودکان پسر کم‌توان ذهنی در مادران. *پژوهش در حیطه کودکان استثنایی*، ۸(۸۷)، ۲۰۵-۲۲۴.

رافعی، ط. (۱۳۸۶). *اتیسم: ارزیابی و درمان*. تهران: انتشارات دانژه.

طاهری، ژ. (۱۳۸۴). *مقایسه انگیزه پیشرفت، سلامت روان و خودپنداره تحصیلی دانشجویان رشته روان‌شناسی دانشگاه‌های دولتی، آزاد، غیرانتفاعی شهر تهران در سال تحصیلی ۸۴-۸۳*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد: دانشگاه علامه طباطبایی.

- Kuhn, J., Carter, A. (2006). Parental self efficacy and Associated parenting cognitions among mothers of children with Autism. *American Journal of orthopsychiatry*, 76(4), 564-575.
- McConkey, R., & Samadi, S.A. (2013). The impact of mutual support on Iranian parents of children with an autism spectrum disorder: a longitudinal study. *Disability and rehabilitation*, 35(9), 775-784.
- Ogeston, P.L., Mackintosh, V.H., & Myers, B.J. (2011). Hope and worry in mothers of children with an autism spectrum disorder or Down syndrome. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 5(4), 1378-1384.
- Ongl, Chandran, V., & Peng, R. (2005). Stress experienced by mothers of Malaysian children with mental retardation. *Intellect Disable*, 49(9), 657-666.
- Osborne, L.A., Mchugh, L., Saundres, J., & Reed, P. (2008). Parenting Stress reduces the effectiveness of early teaching intervention for autistic specturm disorder. *Journal of Autism Dev Disorder*, 38(6), 1092-1103.
- Pisula, E. (2002). Parents of children with Autism: Recent research findings. Psychological functioning of mothers. *Clinical Child Psychology*, 19, 371-379.
- Piven, J. (1992). Psychiatric disorder in the parents of autistic individuals. *Journal American Academy Adolescent Psychatry*, 31(2), 370, 371.
- Salovita, T. (2003). Explaining the parental stress of fathers and mothers caring for a child with intellectual disability. A Double ABCX Model. *Journal Intellectual Disability Research*, 47, 103-120.
- Samadi, S. A., & McConkey, R. (2015). Screening for autism in Iranian preschoolers: Contrasting M-CHAT and a scale developed in Iran. *Journal of autism and developmental disorders*, 45(9), 2908-2916.
- Samadi, S.A., Mahmoodizadeh, A., & McConkey, R. (2011). Prevalence of autism spectrum disorders among five year old children in Iran. *Autism: The International Journal of Research and Practice*, 16 (1).5-14.
- Samadi, S.A., McConkey, R., & Bunting, B. (2014). Parental wellbeing of Iranian families with children who have developmental disabilities. *Research in developmental disabilities*, 35(7), 1639-1647.
- Sanders, M.R., & Woolley, M.L. (2005). Th erelationship between maternal self-efficacy and parenting practices: Implications for parent training. *Child: Care, Health & Development*, 31, 65-73.
- Shields, J. (2001) The NAS Earlybird Programme: Partnership with parents in early intervention. *Autism*, 5(1), 49-56.
- Tonge, B., Brereton, A., Kiomall, M., Mackinnon, A., King, N., & Rinehart, N. (2006). Effects on parental mental health of an education and skills training program for parents of young children with autism: A randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 45(5), 561-569.
- Veenhoven, R. (1997). Advances in understanding happiness. *Revue Québécoise de psychologie*, 18(2), 29-74.



پروہشگاہ علوم انسانی و مطالعات فرہنگی
پرتال جامع علوم انسانی